

Таким образом, разработанная конструкция пластины в виде рамки обоснована биомеханически и позволяет жестко фиксировать отломки нижней челюсти в области подбородка, в ранние сроки (на 5 сутки) восстановить функцию нижней челюсти, что оказывает положительное влияние на процессы репаративного остеогенеза.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Александров Н.М., Аржанцев П.Э., Агроскина А.П. Травмы челюстно-лицевой области. - М.: Медицина, 1986. - 447 с.
2. Кабаков Б.Д., Малышев В.А. Переломы нижней челюсти. - М.: медицина, 1981. - 176 с.
3. Lodde J.P., Champy M. Justification biomecanique d'un nouveau material d'osteosynthese eu chirurgie facial // Ann. Chir. Plast. - 1976. Vol. 21, N2. - P.115-121.

Поступила 20.09.1996 г.

**В.И.ПЕТРУШЕНКО, А.В.ВОРОБЕЙ, С.Я.КРОТ, И.Д.ЛОПАТИН, Ю.Г.УСИКОВ**

## **ПРИМЕНЕНИЕ АППАРАТОВ КОМПРЕССИОННЫХ АНАСТОМОЗОВ В ХИРУРГИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ**

М.С.Ч. Гомельского химзавода (гл. врач - Крот С.Я.) Республиканский центр проктологии и стомийной помощи (науч. руков. проф. Гришин И.Н.)

**Обобщен опыт формирования 51 компрессионного колоректального анастомоза при операциях по поводу рака прямой кишки и ликвидации концевых колостом после операции Гарримана с помощью аппаратов АК-2 и АКА-4, определены показания к их применению, изучены осложнения и отдаленные результаты.**

До настоящего времени хирургический метод остается ведущим в лечении рака прямой кишки. Успех комбинированных методов лечения рака прямой кишки возможен только при выполнении радикального хирургического вмешательства. Значительные технические трудности операций на прямой кишке, обусловленные анатомическим ее расположением, являлись ранее одной из основных причин преимущественного выполнения брюшно-промежностной экстирпации при раке этой локализации.

Тенденция к сфинктеросохраняющим операциям, начавшаяся в 30-х годах нашего века, показала, что низкая передняя резекция прямой кишки дает не худшие отдаленные результаты / 3 /. До начала 50-х годов колоректальные анастомозы формировались только ручным способом / 6 /. Появление аппарата КЦ-28, основанного на принципе циркулярной механической фиксации анастомозируемых отрезков кишки позволило расширить показания к передней резекции прямой кишки / 6 /. Новой модификацией этой идеи явились компрессионные сшивающие аппараты серии «АКА» / 2 /. В последнее десятилетие широкое применение находят циркулярные сшивающие аппараты со скобочным швом / 1, 5 /. Достаточно разработаны сегодня принципы колонопластики и колоанальных анастомозов с низведением ободочной кишки. Все это изменило взгляды и на хирургическую реабилитацию больных с концевыми колостомами: восстановительные операции у них выполнимы при минимальной высоте культы прямой кишки с сохраненным замыкательным аппаратом / 4 /. Благодаря

современным сшивающим аппаратам стало возможным и лапароскопическое закрытие концевых колостом / 7 /.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами обобщен с 1986 года опыт формирования 51 колоректального компрессионного анастомоза в проктологическом отделении МСЧ Гомельского химзавода. Оперировано 30 женщин и 21 мужчина в возрасте от 38 до 82 лет. У 44 больных выполнена передняя резекция прямой кишки по поводу рака. Опухоли располагались на расстоянии от 8 до 17 см от ануса. В 7 наблюдениях у больных с концевыми колостомами в сроки от 6 до 12 месяцев после операции Гартмана восстановлена кишечная непрерывность. 4 больных ранее были оперированы по поводу рака, 2 - по поводу травматических повреждений дистальных отделов толстой кишки, 1 - по поводу заворота сигмы. Вариант восстановительного анастомоза выбирали в зависимости от высоты культи прямой кишки (внутри- или внебрюшинная) и выраженности рубцово-спаечного процесса в малом тазу. В 4 наблюдениях было сформировано соустье «конец в конец», в 3 - «конец в бок». Все анастомозы формировались компрессионными аппаратами серии «АКА». Операцию заканчивали подведением к внебрюшинно расположенному соустью трубчатого дренажа через параректальный прокол. Соединительные кольца, свободно лежащие в просвете кишки, удаляли на 7-8 сутки после операции. Для сравнения результатов взята аналогичная контрольная группа из 32 больных раком прямой кишки, которым после передней резекции формировали колоректальный анастомоз двухрядным ручным узловым швом.

У 43 больных основной группы через 6 и 12 месяцев после операции изучены отдаленные результаты по данным ирриго- и колоноскопии.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Больные сравнительно легче переносили операцию, так как ее длительность при низком колоректальном анастомозе сокращалась на 1-1,5 часа по сравнению с ручным способом. На 3-и сутки после операции больному разрешалось сидеть в кровати, на 4-5-е сутки - ходить. Первый самостоятельный стул они имели на 4-6-е сутки.

Ранние послеоперационные осложнения возникли у 8 (15,7%) пациентов. У пяти больных наступила несостоятельность швов анастомоза: на 6-8-е сутки после операции по параректальному дренажу выделялся кал. На 12-18-е сутки после проведения санационных мероприятий свищи закрылись. У одной больной наступила несостоятельность швов анастомоза на 1/3 полуокружности кишки с формированием обширной гнойной полости. Проводилась массивная антибактериальная и инфузионная терапия, ежедневные промывания гнойной полости. Больная через месяц была выписана домой. При контрольном осмотре через 3 месяца после операции у нее сформировалась стойкая протяженная стриктура анастомоза, что потребовало повторной операции. Одна больная умерла от восходящей флегмоны забрюшинной клетчатки с последующим развитием перитонита на 10-е сутки после операции. У одной больной наступила флегмона параректальной клетчатки в результате несостоятельности швов анастомоза - на 9-е сутки после операции наложена трансверзостома и проведено широкое вскрытие и дренирование гнойника. Наступило выздоровление.

При низких передних резекциях более эффективным оказался аппаратный шов. При внутрибрюшинном расположении анастомоза лучшие результаты получены при ручном его формировании: несостоятельность швов имела только у 3 больных контрольной группы (9,4%).

Во всех 7 наблюдениях ликвидации концевых колостом не было несостоятельности швов и отдаленных послеоперационных осложнений, так как наличие герметичной

культи прямой кишки значительно упрощало формирование компрессионного анастомоза. Каркасная конструкция на линии шва не позволила использовать аппараты серии «КА», в отличие от степлеров с циркулярным скобочным швом, при ликвидации концевых колостом с формированием колоанального анастомоза. Несовершенство конструкции делает невозможным применение степлера АКА-4 и при лапароскопическом закрытии концевых колостом.

Через 6 и 12 месяцев после операции у трех больных был обнаружен стеноз анастомоза. Двум больным произведено рассечение стриктуры с помощью диатермокоагуляционной петли через колоноскоп в трех точках (на 3, 7, 11 часах), одному больному - бужирование тубусом ректоскопа. Во всех случаях наступило выздоровление. У одного больного обнаружен рецидив рака в области анастомоза - ему произведена брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки. У трех больных имелись грануляционные разрастания по линии шва, произведено их удаление с последующим гистологическим исследованием - злокачественных клеток не обнаружено.

АКА-2 - разборный аппарат многоразового использования, требующий к себе большого внимания в обращении, тщательного технического ухода и правильного хранения. Его преимущество - в большом наборе разного диаметра сшивающих колец.

АКА-4 - стерильно упакованный в собранном виде, изогнутой формы аппарат, не требующий дополнительного ухода. Его недостаток - одноразовость, так как при высокой хирургической активности отделения желательнее иметь в наличии несколько комплектов таких аппаратов разного диаметра.

Достаточно трудоемкой и не совсем убедительно контролируемой оказалась при передней резекции герметизация просвета культы прямой кишки. Это явилось, по нашему мнению, одной из главных причин несостоятельности швов. По конструкции аппаратов задана только одна степень компрессии между соединительными кольцами, а их каркасность не позволяла наложить, при необходимости, подкрепляющие серозно-мышечные швы.

## ВЫВОДЫ:

1. Внедрение в практику сшивающих аппаратов АКА-2 и АКА-4 позволило расширить показания к сфинктеросохраняющим операциям при раке и ликвидации концевых колостом после операции Гартмана.

2. Компрессионные степлеры показаны при внебрюшном расположении колоректального соустья при его внутрибрюшной локализации более эффективен ручной шов.

3. Восстановление кишечной непрерывности при концевых колостомах становится широко распространенной операцией.

4. Несовершенство конструкции аппаратов серии «АКА» ограничивает возможности колоректальных хирургов. Дальнейший прогресс видится во внедрении в хирургию толстой кишки лапароскопических технологий и современных степлеров с циркулярным швом.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Воробей А.В., Грико С.М., Абуховский А.А. Первый опыт применения сшивающего аппарата «Проксимат» фирмы «Этикон-Эндохирургия» / Проблемы реабилитации проктологических больных. - Тез. докл. 2-й междунар. конф. - Минск, 1996. - С. 73-74.
2. Кныш В.И., Черкес В.Л., Царюк В.Ф. Пути улучшения непосредственных результатов лечения рака толстой кишки с помощью современных технических средств // IV Всесоюз. съезд онкологов. - Тез. докл. - Л., 1986. - С. 293.
3. Рак прямой кишки / Под ред. В.Д. Федорова. - М., 1979. - 317 с.
4. Федоров В.Д., Воробьев Г.И. Проблемы восстановительной и реконструктивной хирургии в колопроктологии // Хирургия, 1986. - N 10. - С. 127-132.

5. Everett W.G., Friend P.I., Forty S. Comparison of stapling and hand suture for Left-sided Large bowel anastomosis // Br.S.Surg. 1986. - Vol.73. - P.345-348.
6. Lorenz D., Siemer P., Maskow Gr., Peterman J. Einsatz von Klammernahtgeraten in der Gastronterologie // Zent. B. Chir. 1988. - Vol. 113. - N 18. - P.1196-1203.
7. Sosa J.L., Sleeman D., Puente J. Et al. Laaparoscopic-assisted Colostomy Closure After Hartmann's Procedure // Dis. Colon Rectum. 1994. - Vol.37 - N 2. - P.149-152.

## APPLICATION OF ANASTAMOTIC COMPRESSION APPARATUS IN COLORECTAL SURGERY

V.I.PETRUSHENKO, A.V.VOROBAY, S.Y.KROT,  
I.D.LOPATIN, U.G.YISIKOV

A general experience in performing 51 compression colorectal anastomotic operations during Cancer of rectum and Liquidation of and Loop Colostomy after Hartmann's operation using the AKA-2 and AKA-4 staplers.

Indications for application, complications and Long term effects.

Поступила 5.06.1996 г.

**Р.К.РАХМАНОВ, А.К.ХОДЖИМЕТОВ, Х.К.АБДУРАХМАНОВ, Б.И.МУМИНОВ,  
М.Н.НУРАЛИЕВ, Ш.М.ЭЛЬМУРАДОВ, П.ПИРЛЕПЕСОВ**

## **ПРИМЕНЕНИЕ НОВОГО РЕНТГЕНОКОНТРАСТНОГО ВЕЩЕСТВА «РЭКОН» В ДИАГНОСТИКЕ РЕФЛЮКС - ЭЗОФАГИТА У БОЛЬНЫХ С ПОСТГАСТРОРЕЗЕКЦИОННЫМИ СИНДРОМАМИ.**

Кафедра хирургических болезней стоматологического факультета  
(зав.каф.доктор мед.наук, профессор Р.К.Рахманов) Первого  
Ташкентского медицинского института (ректор - член-корр. АН РУЗ  
Т.А.Даминов)

На нынешнем этапе изучения пострезекционных и постваготомных осложнений мы убедились в недостаточной изученности рефлюкс-эзофагита(РЭ), как пострезекционного, так и постваготомного осложнения. Между тем известно, что рефлюкс-эзофагит расценивается многими авторами как факультативный предрак. Также известны другие осложнения рефлюкс-эзофагита: язва с последующим образованием стриктуры пищевода или других осложнений, свойственных язве, перфорация, кровотечение.

На основании изучения 1000 эндоскопических картин пищевода при различных патологиях желудочно-кишечного тракта мы пришли к выводу, что наряду с дисфункцией пищевода, грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, рефлюкс-эзофагит является одним из нередко встречающихся осложнений резекции и ваготомии. Причиной развития рефлюкс-эзофагита после резекции и ваготомии служит разрушение компонентов клапанного механизма кардиального «жома» - мышечного, диафрагмального и клапанного (А.А.Шалимов, 1987; А.И.Горбашко, 1985; Р.К.Рахманов, 1991, 1993).

По данным А.И.Горбашко и Р.К.Рахманова (1991-1993) после резекции, ваготомии по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки признаки желудочно-пищеводного рефлюкса наблюдаются у 5-48% больных. По нашим данным